

CARTAS DE INVESTIGACIÓN

DMG (diferencia estadísticamente no significativa). Estos porcentajes difieren ampliamente de los asumidos para el cálculo de la potencia estadística del estudio.

En una revisión de la Biblioteca Cochrane realizada en 2004 se alude a que la única complicación de la que se informa casi sistemáticamente en la DMG es la macrosomía neonatal¹⁰. Sin embargo, la relación causa-efecto entre las anomalías de la tolerancia a la glucosa y el aumento de peso al nacer no está clara todavía para los revisores. Los estudios en nuestro país no muestran diferencias entre las cohortes expuesta y no expuesta en cuanto a macrosomía¹¹, partos distócicos⁶, resultados del test de Apgar⁴ o malformaciones. Cabe considerar la relevancia que un buen seguimiento obstétrico y endocrinológico pueda tener en la prevención de posibles complicaciones de la DMG. En este sentido, las condiciones de la atención sanitaria pueden ser muy diferentes entre países.

Los datos de este trabajo coinciden con las estimaciones más recientes de los grupos españoles. Sin embargo, sería necesario aumentar el número de gestantes con DMG evaluadas para poder confirmar los resultados sobre la asociación entre DMG y morbilidad maternofetal perinatal. Bien mediante una selección multicéntrica, bien mediante la captación de pacientes a lo largo de varios años, un estudio con cohortes más numerosas permitiría obtener conclusiones definitivas y evaluar otros factores (origen étnico, peso materno) que pueden influir en los resultados.

**A. Ronzón-Fernández^a,
A. de la Maza-López^a, C. Maciá-Bobes^b, C. García-Bao^c
y M.J. Gómez-Castro^d**

^aMedicina de Familia. Centro de Salud La Magdalena. Avilés. España. ^bUnidad de Endocrinología. Hospital San Agustín. Avilés. España. ^cServicio de Bioquímica. Hospital San Agustín. Avilés. España.

^dUnidad Docente. Medicina Familiar y Comunitaria. Asturias. España.

- hop-Conference on Gestational Diabetes Mellitus. *Diabetes Care*. 1998;21 Suppl 2:161-7.
2. Sermer M, Naylor CD, Gare DJ, Keshole AB, Ritchie JWK, Farine D, et al. Impact of increasing carbohydrate intolerance on maternal-fetal outcomes in 3637 women without gestational diabetes. The Toronto Tri-Hospital Gestational Diabetes Project. *Am J Obstet Gynecol*. 1995;173:146-56.
3. Koukkou E, Tabú N, Jackson P, Metcalfe G, Cameron M, Lowy C. Difference in prevalence of gestational diabetes and perinatal outcome in an innercity multiethnic London population. *Obstet Gynecol*. 1995;59:153-7.
4. Gorgojo Martínez JJ, Almodóvar Ruiz F, López Hernández E, Donnay Candil S. Incidencia de la diabetes mellitus gestacional según distintos criterios diagnósticos en la zona suroeste de Madrid. Influencia del diagnóstico sobre los parámetros maternofetales. *Rev Clin Esp*. 2002;202:136-41.
5. Díez JJ, Grande C, Pallardo LF, De la Morena ML, Ibars MT. Detección de la diabetes gestacional con la prueba de 50 g de glucosa: prevalencia y factores de riesgo. *Med Clin (Barc)*. 1989;93:41-5.
6. Jiménez-Monleón JJ, Bueno Cavanillas A, Jiménez Aguilar MC, García-Martín M, Lardelli Claret P, Gálvez Vargas R. Prevalencia de diabetes mellitus gestacional. Un estudio de base poblacional. *Toledo-Gin Pract*. 2002;61:255-63.
7. Jensen DM, Sorensen B, Feilberg-Jorgensen N, Westergaard JG, Beck-Nielsen H. Maternal and perinatal outcomes in 143 Danish women with gestational diabetes mellitus and 143 controls with a similar risk profile. *Diabet Med*. 2000;17:281-6.
8. Svare JA, Hansen BB, Molsted-Pedersen L. Perinatal complications in women with gestational diabetes mellitus. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2001;80:899-904.
9. Hospital San Agustín. Memoria de actividades. Avilés, 2003. Disponible en: <http://www.hsa.es/docs/memorias/2003/index.htm>
10. Tuffnell DJ, West J, Walkinshaw SA. Treatments for gestational diabetes and impaired glucose tolerance in pregnancy (Cochrane Review). En: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2004. Oxford: Update Software.
11. Ricart W, Bach C, Fernández-Real JM, Biarnés J, Sabrià J. Impacto de un cribado selectivo de la diabetes gestacional en una población española. *Med Clin (Barc)*. 1999;113:331-3.

Los profesionales sanitarios de atención primaria aconsejan más a varones que a mujeres fumadoras

Introducción. El 40% de los fumadores intenta abandonar cada año el tabaco, aunque la mayoría de ellos no lo consigue¹. A pesar de esto, más de la mitad de los fumadores que dejan de fumar lo hacen por sí mismos, sin ayuda de profesionales sanitarios y sin utilizar los tratamientos disponibles que actualmente son reconocidos como efectivos^{1,2}. Las deficiencias del sistema sanitario público en la atención al fumador dan como resultado un alto coste sanitario directo e indirecto, todavía mayor del que se había estimado en un principio^{3,4}. El marco ideal para prestar ayuda al fumador es la atención sanitaria, por su accesibilidad y la continuidad de la asistencia. Debemos tener en cuenta que el 70% de los fumadores entra en contacto con el ámbito sanitario cada año, lo que implica que hay numerosas oportunidades que no se deben desaprovechar para emitir mensajes motivadores a los fumadores¹. Los fumadores citan el consejo de un médico como un aspecto motivador importante para dejar de fumar². Sin embargo, la realidad es que fuera del ámbito de la investigación muy pocos profesionales mantienen esfuerzos sistemáticos de consejo y ayuda a los fumadores. Con los datos disponibles se acepta que solamente el 30-40% del total de los fumadores de la comunidad es aconsejado por su médico de cabecera, mientras que la estimación en nuestro medio es del 32% según el estudio de efectividad del PAPPs⁵. De todos modos, es evidente la discordancia entre el registro de la historia y lo referido por el usuario⁶. La atención primaria es el recurso sanitario más capaz en cuanto a cobertura para ayudar a los fumadores a abandonar el tabaco, y la intervención breve es un imperativo ético para los profesionales sanitarios².

Pacientes y método. Se trata de un estudio descriptivo y transversal para describir la situación basal antes de poner en marcha

Palabras clave: Prevención. Género. Tabaquismo.

1. Metzger BE, Coustan DM. Organizing Committee. Summary and Recommendations of the Fourth International Works-

TABLA 1. Resultados de la intervención

Variable	Varones fumadores (n = 838)	Mujeres fumadoras (n = 759)	p
Media cigarrillos/día	19,37 ± 12,40	16,01 ± 10,18	< 0,001
Media de edad, años	45,57 ± 16,74	36,12 ± 10,87	< 0,001
Desean dejarlo en 6 meses	381 (45,46%)	383 (50,46%)	NS
Han hecho un intento de dejarlo el último año	359 (42,84)	370 (48,74%)	NS
Reciben consejo médico	485 (57,87%)	342 (45,05%)	< 0,001
Reciben consejo de enfermería	314 (37,47%)	193 (25,42%)	< 0,001

consultas de deshabituación de tabaco en atención primaria. Se evaluó a un total de 21 centros de salud, lo que supone el 17,5% de un total de 120 centros de salud de Aragón. El total de población asignada > 16 años en estos centros es de 336.506, lo que supone el 28% de la población. Se hicieron un total de 5.758 entrevistas a los usuarios de los centros de salud. Los usuarios fueron seleccionados aleatoriamente y encuestados en las salas de espera durante al menos 3 días de una semana del mes de noviembre de 2002. Los encuestadores fueron médicos residentes instruidos que no tenían responsabilidades asistenciales directas con los usuarios entrevistados en los centros donde realizaban las encuestas. La encuesta recogía un número reducido de datos de tipo demográfico, consumo de tabaco y estadios del cambio, y se basaba en otros cuestionarios validados y utilizados previamente para este tipo de estudios.

Resultados. El total fumadores estudiados fue de 1.601 en 21 centros de salud. El porcentaje de fumadores en la población demandante fue del 27,8%. Esto permite hacer la estimación de que un cupo estándar de 1.500 atiende a 400 fumadores consultantes habituales, aunque están adscritos al cupo unos 525 fumadores en función de la prevalencia esperada en la población general. Por este motivo, podemos afirmar que, en esta población, el 76% de los fumadores acude al menos una vez al año a la consulta.

Del total de fumadores, eran varones el 52,6% y mujeres el 47,4%. La media de cigarrillos fumadores era de 17,7 al día. La media de edad era de 41,03 años y el 51,6% tenía criterios de dependencia de la nicotina moderada-severa. Los resultados de la intervención se presentan en la tabla 1.

Discusión. La edad de las mujeres fumadoras es, en promedio, 10 años menor que la de los varones fumadores. Aunque en el grupo de edad más joven las prevalencias están igualadas en función del sexo, en edades medias sigue habiendo importantes diferencias que tienden a disminuir con el paso de los años. No hay diferencias entre varones y mujeres en su actitud respecto a la idea de dejar de fumar, aunque las mujeres fuman de promedio un 20% menos de cigarrillos. Sólo uno de cada 2 fumadores es aconsejado por su médico de cabecera, aunque se aconseja con mayor frecuencia a los fumadores de más edad. Sólo uno de cada 3 fumadores es aconsejado por su profesional de enfermería. Los varones fumadores son más aconsejados que las mujeres fumadoras, tanto por el médico como por su enfermera, lo cual iría en relación con mayores tasas de cesación observadas en edades medias de la vida entre los varones. Aunque estas diferencias no se observan en el conjunto de la población fumadora ni en todos los estudios, nuestros hallazgos deben ser un motivo para la reflexión y refuerzan la idea de tener en cuenta la perspectiva de género en la prevención del tabaquismo⁷.

R. Córdoba-García, J.L. Álvarez,
A. Monreal-Hijar
y F.J. Pablo-Cerezuela

Unidad Docente de Medicina de Familia y Comunitaria. Servicio Aragonés de la Salud. Zaragoza. España.

1. The Tobacco Use and Dependence Clinical Practice Guideline Panel, Staff and Consortium representatives. A clinical Practice Guideline for treating tobacco use and dependence. A US Public Health Report. JAMA. 2000;283:3244-54.

2. West R, Mc Neill A, Raw M. Smoking cessation guidelines of health professionals: an update. Thorax. 2000;55:987-99.
3. Ruiz E, Elguezal M. En profundidad: coste sociosanitario del tabaquismo. Prevención Tabaquismo. 2001;3:251-6.
4. Becoña E, Córdoba R, Díaz-Maroto JL, López V, Jiménez Ruiz C, Planchuelo MA, et al. Guía de procedimientos para ayudar a los fumadores a dejar de fumar. Madrid: Comité Nacional para la Prevención del Tabaquismo (CNPT); 2001.
5. Subías P, García-Mata JR, Pérula L, y grupo de evaluación del PAPPs. Efectividad de las actividades preventivas en el ámbito de los centros de salud adscritos al Programa de Actividades Preventivas y Promoción de la Salud (PAPPs) de la semFYC. Aten Primaria. 2000;25:383-9.
6. Lumbreras G, Mena MD, Calvo I, Pérez I, Sánchez J, Molina J, et al. Prevalencia del consejo antitabaco en un centro de atención primaria: comparación del registro de la historia clínica y lo referido por el usuario. Arch Bronconeumol. 2002;38:317-21.
7. Informe Tecnic sobre l'habit tabàquic femení a Catalunya. Dona I Tabac. Barcelona: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social; 2001.

Análisis de la dispensación de antibióticos en pacientes ambulatorios según el proceso infeccioso

Objetivos. Conocer los motivos y las características de la dispensación de antibióticos (ATB) en farmacias comunitarias donde los alumnos de farmacia de la Facultad de Ciencias Químicas de la Universidad Nacional de Córdoba, realizaron sus prácticas profesionales, formándolos para realizar promoción del uso racional de éstos y para introducirlos en los fundamentos de atención farmacéutica en la antibioterapia.

Diseño. Se realizó un estudio transversal mediante planillas estructuradas, donde los alumnos, supervisados por el farmacéutico instructor de prácticas, recolectaron los datos. Los métodos estadísticos utilizados fueron descriptivos; porcentajes absolutos y

Palabras clave: Antibióticos.
Farmacia comunitaria. Infecciones bacterianas.